Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg
(Mention: Médecine)

ANNÉE 1922 N° 4

Agraphie

au point de vue médico-légal

par

Dawid Falkowski

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 16 Rue Ste Madeleine
1922

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Strasbourg
(Mention: Médecine)

ANNÉE 1922 № 4

Agraphie

au point de vue médico-légal

par

Dawid Falkowski

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

STRASBOURG
Imprimerie Ch. & J. Goeller, 16 Rue Ste Madeleine
1922

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	WEISS O. ✻ ✪ I.
Assesseur		BOUIN ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✪ A.
Histologie		BOUIN ✻ ✪ I.
Physiologie		MAYER ✻ ✪ I.
Physique biologique		WEISS O. ✻ ✪ I.
Chimie physiologique		NICLOUX ✪ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✪ A.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD ✪ A.
Hygiène, Bactériologie		BORREL O. ✻ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		BARD O. ✻ ✪ I. BLUM Léon ✻ ✪ A.
Clinique chirurgicale		SENCERT O. ✻ ✪ I. STOLZ ✻ ✪ A.
Clinique ophtalmologique		DUVERGER ✪ A.
Clinique dermatologique		PAUTRIER ✻ ✪ A.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✪ A.
Clinique neurologique		BARRÉ ✻ ✪ A.
Clinique oto-rhino-laryncologique		N . . .
Clinique gynécologique et accouchement		SCHICKELÉ ✪ A.

Chargés de cours

MM. ARON Max ✪ A.	MM. KELLER ✪ A.
BELLOCQ ✪ A.	LICKTEIG ✪ A.
BLUM (Paul) ✻ ✪ I.	WEILL ✪ A.
CANUYT	REEB ✪ A.
GELMA ✪ A.	ROHMER ✪ A.
GÉRY ✪ A.	SCHAEFFER ✪ A.
BOEZ (Méd. d'argent épidémies)	SCHWARTZ ✪ A.
GUNSETT ✪ A.	STROHL, agrégé ✪ A.
HANNS ✻ ✪ A.	VAUCHER ✪ A.
HUGEL ✪ A.	FONTES

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ies opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon cher père et à ma chère mère
en témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance pour les nombreux sacrifices que vous vous êtes imposés pour moi

O mon père, o ma mère,
C'est à vous que je dois tout !
(Louis Pasteur)

A MES CHERS FRÈRES ET A MA CHÈRE SOEUR

Soyons toujours unis

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL CHAVIGNY

Professeur de Médecine légale
à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette Thèse et nous guider dans sa rédaction

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

en témoignage de reconnaissance
et de profonde gratitude

Agraphie au point de vue médico-légal

Introduction

Dans l'état actuel de notre législation tout médecin quelconque peut être requis par l'autorité judiciare pour élucider les graves questions que soulèvent la médecine légale et l'application des lois. Médecins, nous sommes en droit de demander que notre intervention dans les procès ou dans une question de psychologie morbide soit débattue. Il ne faudrait plus à l'avenir que l'expertise médicale dépende de l'initiative d'un juge d'instruction. Notre compétence, notre immixtion dans les affaires civiles ou criminelles devraient être formellement inscrite dans nos codes, comme la plus indispensable formalité de la procédure.

Les appels des tribunaux ou des parties intéressées aux experts ne sont heureusement pas rares aujourd'hui. Quand l'expert est à hauteur de son ministère, quand il est vraiment digne du rôle qui lui est dévolu, on comprend sans peine toute l'importance de ses décisions. Ses paroles sont presque des arrêts, qui statuent quelquefois sur l'honneur très souvent sur les intérêts les plus considérables.

Voilà le côté éminemment pratique que présente toute question médico-légale. Nous allons montrer par un cas spécial, bien particulier, assurément très neuf que toute notion quelconque de pathologie et particulièrement de neurologie ou de médecine mentale peut intervenir pour donner à une expertise son orientation et sa valeur.

Objet de la thèse

Nous étudierons ici la question de l'agraphie en médecine légale. Cette étude a pour point de départ une observation personnelle qui au point de vue médico-légal a donné lieu à des constatations de tout premier ordre. Un tel cas mérite d'être placé dans son cadre nosographique en y joignant les notions générales qu'on possède actuellement sur l'aphasie en général, puis sur l'agraphie en particulier. C'est un travail médico-légal qui vient à son heure, alors que la question de l'aphasie vient précisément d'être l'objet d'études qui l'ont presque renouvelée.

Plan. — Dans la première partie de notre travail nous exposerons l'interprétation de l'agraphie et de l'aphasie en général. La deuxième partie sera consacrée à l'exposition du cas personnel qui nous a donné l'idée de ce travail. A ces deux parties succèderont quelques indications bibliographiques avec les cas similaires qui ont été publiés, et les conclusions médico-legales en général.

PREMIÈRE PARTIE

Interprétation de l'agraphie et aphasie en général

De suite, nous ferons abstraction des différentes définitions d'agraphie que beaucoup d'auteurs ont données en se basant sur des conceptions théoriques. Il en sera ainsi, par exemple de la définition de Charcot; celui-ci a défini l'agraphie comme une aphasie motrice, comme une aphasie de la main; on comprend alors sous le nom d'agraphie les troubles de l'écriture que l'on rencontre chez les aphasiques.

Ces troubles furent étudiés pour la première fois en 1856 et c'est Trousseau qui s'occupe beaucoup des altérations de l'écriture chez les aphasiques. Il montra que les aphasiques écrivent aussi mal qu'il parlent. La question de savoir s'il existait une agraphie pure, c'est-à-dire une impossibilité d'écrire sans aucun autre signe d'aphasie, occupa longtemps les auteurs. Actuellement on peut dire que sauf quelques cas exeptionnels l'agraphie se présente à nous comme un symptôme d'aphasie en général.

En raison des relations étroites qui existent entre les deux syndromes agraphie et aphasie, il est indispensable de commencer par un court aperçu sur l'aphasie en général. J'indiquerai ensuite dans quelle forme de l'aphasie l'agraphie joue un rôle prépondérant.

Sous le nom d'aphasie, en général, on désigne un trouble du langage. Quand on définit le langage comme une adaptation des mots aux idées, on peut dire que l'aphasie résulte précisément du défaut de cette adaptation. Parmi les nombreuses classifications de l'aphasie apparues dans la littérature médicale depuis ces derniers temps nous nous bornerons d'exposer d'une part la classification classique, puis celle de Pierre Marie, la plus moderne.

D'après les classiques on doit distinguer 2 formes principales de l'aphasie:

a) l'aphasie motrice et

b) l'aphasie sensorielle.

Chacune de ces deux variétés, selon la théorie classique peut être corticale ou sous-corticale, pure ou associée.

D'après la classification de Pierre Marie, on distingue 3 formes principales d'aphasie:

1° Aphasie proprement dite — c'est le syndrome résultant de la perte du langage intérieur — dans ce syndrome tous les éléments du langage: parole, compréhension de la parole, lecture, écriture sont atteints à des degrés divers et quelque peu variables. Cette forme d'aphasie correspond à l'aphasie de Wernicke dite sensorielle d'après la classification des classiques.

2° La deuxième forme d'aphasie — c'est l'anarthrie qui correspond à l'aphasie motrice pure des classiques — cette forme d'aphasie est le résultat de la perte du langage extérieur et porte exclusivement sur la parole.

3° Enfin, la troisième forme, d'après Pierre Marie, c'est l'aphasie de Broca, qui résulte d'un mélange à proportions variables d'aphasie de Wernicke et d'anarthrie.

Dans ces 3 formes ce sont les troubles du langage qui prédominent. L'intelligence, le calcul, la mémoire didactique sont, suivant le cas, plus ou moins profondément touchés.

Cette dernière division est celle qui répond le mieux à la réalité clinique.

Au point de vue historique, trois grandes dates marquent les étapes des études sur l'aphasie:

1° la description de l'aphasie en 1861 par Broca,

2° la description en 1874 d'une seconde variété par Wernicke,

3° les travaux de Pierre Marie en 1906.

Ces trois dates divisent l'histoire de l'aphasie en 4 périodes, dont chacune a ses traits caractéristiques: Avant Broca l'aphasie se dégage très lentement des différents troubles de la parole. Broca donne une description de l'aphasie commune et indique sa localisation si fameuse de la 3e circonvolution frontale gauche. La période de Broca à Wernicke se caractérise par la lutte autour de cette localisation dans la 3e frontale. Avec Wernicke s'ouvre une autre période. Il décrit une nouvelle variété d'aphasie à laquelle il donne le nom d'aphasie sensorielle. Cette période se caractérise en outre par les travaux de dissociation des différentes formes d'aphasie. On isole l'aphasie motrice pure, l'agraphie pure, la cécité verbale pure, la surdité verbale pure.

Enfin en 1906 Pierre Marie a fait les constatations suivantes: l'aphasie proprement dite est une, elle dérive de la perte du langage intérieur et doit être séparée de la perte du langage extérieur ou anarthrie. L'aphasie de Broca est un mélange d'aphasie proprement dite et d'anarthrie, mélange à proportions variables, d'où résultent les variations correspondantes de tables cliniques.

La symptomatologie de différentes formes de l'aphasie et rôle d'agraphie dans chacune de ces formes

Après cet historique concernant l'aphasie nous devons indiquer quels sont les principaux symptômes de ces 3 catégories d'aphasie. Nous indiquerons à mesure les différents troubles de l'écriture qu'on observe dans les diverses formes d'aphasie.

Avant d'énumérer ces différents troubles de l'écriture, il est indispensable de bien nettement définir ce que nous nommons troubles de l'écriture des aphasiques. On ne doit tenir pour agraphique tel ou tel aphasique écrivant défectueusement que si un examen minutieux prouve la conservation par le malade de la motalité de la main et des doigts, pour exercer certains mouvements délicats, boutonner ses vêtements, etc.

L'agraphie peut présenter tous les degrés depuis l'incapacité absolue de tracer une seule lettre jusqu'aux troubles les plus légers consistants en mots sautés ou transformés.

Quand l'étude clinique du malade peut être complète, on doit étudier chez celui-ci les 3 modalités d'écriture:

1° l'écriture spontanée,
2° l'écriture dictée,
3° l'écriture copiée.

De ces 3 modalités de l'écriture les plus habituellement lésées sont l'écriture spontanée et l'écriture sous dictée, tandis que l'acte de copier est plus fréquemment

conservé. On explique ce phénomène en considérant que l'acte de copier s'exécute d'une manière plus ou moins mécanique.

L'agraphie peut porter sur toutes les modalités de l'écriture — spontanée, dictée, copiée ou seulement sur l'une d'elles. Dans le premier cas elle est dite totale et dans le second partielle. Dans l'un comme l'autre cas elle peut être complète ou incomplète. En effet on rencontre des agraphiques dont les uns sont incapables d'écrire aucun mot, ne tracent que quelques traits incompréhensibles. Parfois ceux-là peuvent écrire un ou plusieurs mots, généralement toujours les mêmes. Le plus souvent c'est leur nom, leur prénom, leur signature, leur profession, leur adresse. Ces mots qu'ils ont conservés, ils les écrivent sans discernement, en réponse à toutes les demandes. Pour ces sujets, les essais d'écriture sont très pénibles et ils y consacrent un temps très long. Quelquefois les agraphiques sont intoxiqués par un mot ou par une syllabe.

Quelquefois il arrive que les malades écrivent assez facilement, les lettres sont bien fournies et parfaitement reconnaissables, mais leurs réunions ne constituent plus qu'un assemblage de caractères et de syllabes sans aucune signification. Ce n'est pas l'agraphie au sens propre du mot — c'est ce qu'on nomme la paragraphie.

On a observé aussi une forme d'agraphie qu'on a appellée la paraphasie en écrivant-dans cette forme le malade écrit correctement chaque mot, mais ces mots sont mélangés de telle sorte que la phrase n'a aucun sens. Dans l'autre modalité d'agraphie on remarque que les malades ont perdu la faculté d'écrire spontanément et sous dictée, mais peuvent copier facilement en transcrivant l'imprimé en manuscrit.

D'autres, enfin, écrivent comme à l'état normal, spontanément et sous dictée, mais ne copieront qu'avec peine et trait pour trait, comme il s'agissait d'un dessin technique. Ils reproduisent l'imprimé en imprimé, la cursive en cursive et s'arrêtent instinctement, sans même finir la lettre commencée, dès qu'on leur retire le modèle de devant les yeux.

On rèncontre aussi des agraphiques ayant des troubles très marqués dans l'écriture des lettres et qui écrivent facilement les chiffres arabes, ou tracent correctement des figures de géométrie, ou bien encore qui dessinent plus ou moins exactement des objets, de mémoire. Ces différentes variétés des troubles de l'écriture que nous venons d'énumérer ne s'observent pas indifféremment chez tous les aphasiques. Il existe à ce point de vue des particularités spéciales à chacune d'entre elles. Ayant ainsi donné l'exposé de l'agraphie en général, nous allons voir quel rôle joue ce trouble de l'écriture dans chacune des 3 modalités de l'aphasie d'après Pierre Marie.

La première de ces modalités de l'aphasie, nommée aphasie proprement dite, correspond à l'aphasie de Wernicke dite sensorielle. On y rencontre les différents troubles du langage intérieur: troubles de la compréhension du langage, trouble de la parole qui est paraphasique, trouble du vocabulaire en majeure partie perdu par suite de l'amnésie verbale. L'écriture dans ce cas est ordinairement impossible.

Détaillons ici les troubles de l'écriture, puisque ce sont eux qui nous intéressent le plus: on constate chez l'aphasique proprement dit que dans les cas marqués, l'écriture spontanée est totalement impossible. Dans des cas un peu moins graves, le nom, le prénom, parfois

le lieu de naissance ou l'adresse sont souvent seuls conservés et dès qu'on tend une plume du malade, celui-ci les trace.

Dans les cas légers, au contraire, le malade peut écrire un certain nombre de mots, mais assez souvent avec des fautes grossières. C'est dans ce cas que l'on voit apparaître la paragraphie comportant la déformation des mots et la substitution d'un mot à un autre.

L'écriture dictée est très touchée également: le malade n'écrit que quelques traits informes ou il écrit son nom ou prénom qu'on lui dicte; chez d'autres ce sont les intoxications qui prédominent. Dans les cas légers les fautes restent nombreuses, la fatigabilité extrême.

L'écriture copiée est plus facile, mais ici on peut aussi distinguer deux degrés. Dans le premier degré, le malade est capable de transformer l'imprimé en cursive, dans le second, il se contente de reproduire servilement les caractères qu'il a sous les yeux (écriture servile). L'imprimé est reproduit en imprimé, la cursive en cursive — le malade dessine au lieu d'écrire.

En somme chez les aphasiques proprements dits on peut distinguer les 3 degrés suivants:

1° Agraphie avec la conservation relative des écritures dictée et spontanée (Paragraphie).

2° Conservation de la seule écriture copiée — spontanément le malade écrit son nom.

3° Agraphie totale ou subtotale avec écriture servile.

Tous ces troubles du graphisme toujours très marqués dans l'aphasie de Wernicke sont la signature de la perte ou de l'altération grave de tout le langage intérieur.

La deuxième forme d'aphasie à laquelle dans la classification de Pierre Marie, on donne le nom d'anarthrie, correspond à l'aphasie motrice pure des classiques.

Elle se distingue des autres formes parce que les troubles portent exclusivement sur le langage extérieur. Dans ces cas le langage intérieur de même que la compréhension, la lecture, l'écriture sont conservés. Dans cette forme d'aphasie on n'observe aucun trouble de l'écriture, ni agraphie, ni paragraphie.

La troisième forme principale de l'aphasie, se caractérise:

1° par l'impossibilité plus ou moins complète de la parole, trouble du langage extérieur d'ordre surtout anarthrique,

2° par des troubles de la compréhension verbale de la lecture et de l'écriture, par des troubles de même ordre que ceux qu'on observe dans l'aphasie de Wernicke.

D'après la classification de Pierre Marie l'aphasie de Broca correspond à l'aphasie de Wernicke, mais il y a en plus de l'anarthrie. L'agraphie dans cette forme d'aphasie est presque toujours extrêmement marquée. Souvent elle est complète, le malade ne sait plus signer et ne trace avec son crayon que des caractères informes. Son écriture spontanée, il est vrai, se réduit toujours à la signature et à l'adresse, mais il est capable d'écrire sous la dictée, il est vrai, qu'il fait alors de nombreuses fautes. L'écriture copiée est souvent nulle. La transformation de l'imprimé en cursive est d'ordinaire conservée — c'est là up caractère différentiel entre l'agraphie de Broca et celle de Wernicke.

C'est de cette forme d'aphasie que quelques auteurs voulaient isoler l'agraphie dissociée, mais toutes les expériences ne donnaient rien d'assez positif pour qu'on puisse dire que l'agraphie pure existe sans une autre lésion aphasique.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte donc que les troubles de l'écriture s'observent fréquemment au cours des différentes formes de l'aphasie, qu'ils font défaut dans la forme d'anarthrie.

En d'autres termes on peut dire que des troubles de l'écriture existent toutes les fois que la zone du langage intérieur est altérée.

Etiologie et symptomatologie de l'aphasie et d'agraphie

Au point de vue étiologique on peut distinguer 2 grands groupes d'aphasie:

1° des aphasies transitoires au cours de certaines infections, certaines intoxications, et

2° des aphasies persistantes qui résultent d'une lésion durable; cette lésion peut être suivant les cas un ramollissement, une hémorragie, un tumeur ou un abcès, une lésion traumatique.

Les aphasies transitoires ne sont pas rares et on peut les observer: 1° au cours de la méningite et plus spécialement de la méningo-encephalite de la paralysie générale, 2° au cours des maladies infectieuses et plus spécialement de la syphilis et de la pneumonie, 3° aux cours des maladies toxiques, qu'il s'agisse d'auto-intoxi-

cation, comme dans le diabète et la maladie de Bright ou d'hétéro-intoxications comme le saturnisme. Quand aux formes durables on peut distinguer 4 formes anatomo-cliniques principales: ce sont 1° l'aphasie temporale, 2°l'aphasie par lésion du gyrus supramarginalis, 3°l'aphasie du pli courbe, 4° les petits syndromes aphasiques par lésion marginale ou superficiel de la zone du langage.

Chacune de ces 4 formes se caractérise par son tableau classique.

L'aphasie temporale est la plus pure — c'est l'aphasie de Wernicke. L'anarthrie est nulle. Les éléments du langage intérieur sont troublés. Dans l'aphasie du gyrus supramarginalis, qui est une aphasie modérée, mais globale, l'anarthrie et l'aphasie sont assosiées. Le syndrome de la région du pli courbe est un syndrome aphasique pur sans association d'anarthrie. Il se caractérise par la prédominance de l'alexie.

Quant aux petits syndromes aphasiques par lésions superficielles de la zone du langage, ils sont d'une fréquence extrême et d'une grande importance au point de vue pratique. Il est quelquefois très difficile de déceler ces tronbles et on n'y arrive que par des examens extrêmement minutieux du vocabulaire, de la lecture, de l'écriture sous dictée. L'intérêt médico-légal de ces troubles ne saurait être trop soigneusement indiqué, car ils mettent le malade en état d'infériorité nette. Dans certains cas ils justifient des demandes d'indemnité, de pension.

Diagnostic et évolution de l'agraphie

Certains troubles de l'écriture sont très faciles à distinguer de l'agraphie. Ils relèvent du tremblement ou d'une ataxie des membres; ce sont ceux que l'on rencontre dans la sclérose en plaques, le tremblement de causes diverses, l'ataxie des membres supérieurs, la crampe des écrivains, etc. Dans ces différents cas, la forme des lettres est plus ou moins modifiée, l'écriture est plus ou moins illisible, mais il s'agit de troubles d'ordre purement moteur; le langage intérieur est toujours parfaitement intact.

Dans la paralysie générale par contre, aux troubles de l'écriture relevant du tremblement, il peut s'en joindre d'autres, d'origine psychique.

Quand à l'évolution des altérations de l'écriture chez les aphasiques on peut poser en loi générale que les progrès de l'écriture se font parallèlement à ceux de la parole et, que l'agraphie ne disparait que lorsque le langage articulé est revenu à l'état normal. C'est du moins ainsi que les choses se passent d'ordinaire. Le retour de l'écriture spontanée et celui de l'écriture dictée se font ensemble.

Anatomie pathologique

A l'autopsie des aphasiques on peut trouver 5 types principaux de lésions: le ramollisement, des hémorragies, des tumeurs, des abcès, des lésions traumatiques. Ces lésions portent toujours sur le cerveau gauche.

Ramollissement cérébral. — C'est de beaucoup la cause la plus importante d'aphasie tant par sa fréquence, que par la netteté du syndrome qu'elle détermine. Les différentes formes de ramollissement peuvent donner naissance aux innombrables variétés d'aphasie et d'agraphie.

En somme par le procédé d'étude comparé des symptômes cliniques et des lésions radiologiques de la boîte crânienne, on a pu déterminer des localisations de différentes formes d'aphasie. Les syndromes anartriques comme ceux d'aphasie proprements dits sont les conséquences des lésions bien localisées.

Ayant ainsi exposé l'aphasie et l'agraphie aux différents points de vue, il ne nous reste qu'a préciser un point fort intéressant de la question: Existe-t-il un centre spécial de l'agraphie?

Cette question a été longtemps très discutée. Plusieurs arguments d'ordre physiologique, expérimental, clinique et anatomo-pathologique étaient mis en avant en faveur de l'existence d'un centre d'agraphie. Mais

les mêmes arguments, on l'a vu, pourraient aussi bien être retournés et employés comme raisons valables de plaider contre l'hypothèse d'un centre des images graphiques.

D'après la théorie classique, le centre graphique existe et est situé dans le pied de la dernière circonvolution frontale gauche. D'après la théorie de Pierre Marie on ne peut pas admettre l'existence d'un centre graphique.

Les auteurs qui admettent l'existence du centre graphique disent que l'agraphie c'est l'aphasie de la main, une amnésie des images graphiques (Charcot).

D'après Wernicke on écrit en reproduisant sur le papier des images visuelles des lettres et des mots — images qui, d'après lui, siégeant dans le centre de la vision générale et d'autres enfin disent, que ces images visuelles des lettres et des mots constituent des images specialisées, dont le centre est dans le pli conde. Pour pouvoir écrire il faut évoquer spontanément ces images visuelles; que celles-ci soient atteintes directement ou indirectement, l'agraphie en est la conséquence. Pour écrire il faut que la notion du mot soit intacte, que le langage intérieur fonctionne normalement, il faut que toutes les images du langage — images dont l'intégrité est indispensable à la notion du mot et au langage intérieur — soient conservées. En d'autres termes, toute lésion de la zone du langage détruisant un groupe d'images du langage entraîne fatalement l'agraphie; toute lésion siégeant en dehors de la zone du langage et respectant ces images n'entrainera jamais l'agraphie. Pour démontrer l'existence d'un centre graphique il faudrait une observation dans laquelle pendant toute la durée de la maladie la perte de l'écriture ait été le seul phénomène clinique appréciable — c'est à dire

sans aucune altération quelconque de l'intelligence, sans trace apparente ou latente de troubles du côté de la parole, de la lecture et de l'audition.

Il faudrait encore que l'autopsie montrât une lésion destructive localisée au pied de la deuxième circonvolution frontale. Or, un tel cas n'a pas encore été rapporté jusqu'ici. En résumé, l'observation clinique, l'anatomo-pathologique et la psychologie montrent qu'il n'existe pas un centre graphique spécialisé et autonome qui jouerait pour l'écriture le rôle que joue la circonvolution de Broca pour le langage articulé.

DEUXIÈME PARTIE

Etude de l'agraphie au point de vue médico-légal

Après ces études sur l'aphasie et l'agraphie en général, nous allons exposer maintenant au point de vue médico-legal le cas de paragraphie qui a été le point de départ de cette thèse; il a été observé par Monsieur P. Chavigny.

En médecine légale et en police judiciare l'expertise des écrits se limite d'ordinaire à des recherches d'identification avec aide de données photographiques ou graphiques. Jamais jusqu'ici, à notre connaissance, il n'a été publié des cas dans lesquels la fonction graphique cérebrale ait été mise en cause.

Observation

Récemment un meurtre avait été commis dans un petit village aux environs de Strasbourg. Les renseignements fournis par les témoins sont les suivants H . . . . ayant entendu du bruit le soir sur la route,

près de sa maison, est sorti pour se rendre compte de ce qui se passait. Il se trouvait à 50 metres de chez lui quand il rencontre un homme qui rôdait dans cet endroit depuis un certain temps déjà. Une brève discussion a lieu et H . . . revient immédiatement à son domicile, et frappe au carreau de la fenêtre du rez-de-chaussée. Un de ses enfants vient lui ouvrir. H . . . lui fait signe qu'il a besoin d'un linge pour panser une plaie dont il est porteur au niveau de la tête et qui seigne abondamment. Son fils lui donne un mouchoir et H . . . s'arrange une sorte de bandage autour de la tête. Toujours sans prononcer une parole, H . . . fait ensuite comprendre par signes qu'il voudrait de quoi écrire. On lui donne un carnet avec un crayon et sur une page de ce carnet il inscrit une série de mots en allemand. En voici la reproduction:

Ich glaube dem den am Pflauermwege
Traduction: *Je crois celui que au (incompréhensible)*
auf ein Glück wie weitschlagf Auchblauchen
„ *pour bonheur comme (incompr.) (incompr.)*
mit das Gwausbwauchen gewemen glauglier
„ *avec le (incompr.) (incompr.) (incompr.)*
im glauch bis es
„ *dans le (incompr.) jusqu'à ce qu'il*

Ce texte doit être examiné
1° au point de vue graphique pur,
2° au point de vue de son sens.

En ce qui concerne le graphisme lui-même, on remarquait sur l'original que l'écriture est ferme, très nette, parfaitement lisible et que les tracés sont exactement et parfaitement pareils à ceux des pages pré-

cédentes du carnet. Vers la fin de la page, l'écriture devient en peu irrégulière — les mots empiètent les uns sur les autres ou s'espacent très largement. Il semblait qu'il s'agît de mots écrits par une personne qui commencerait à somnoler.

En ce qui concerne le sens de ce texte, il est à remarquer que la plupart des mots sont incompréhensibles et déformés soit par l'addition soit par la suppression d'une ou plusieurs lettres ou syllabes et dérivant de véritables mots allemands.

D'autre part on note une fréquente répétition de la lettre „g" en particulier de l'énonciation „gl" et celle de la syllabe „lau".

Aussitôt après qu'il eût terminé d'écrire, H . . . tomba dans un coma de plus en plus profond, on le coucha sur son lit et il mourut environ 5 heures après avoir été frappé.

Aucun phénomène moteur particulier n'avait été noté depuis l'instant où H . . . est rentré à la maison, jusqu'au moment où le coma a progressivement provoqué le relâchement de tous les muscles.

Autopsie

L'autopsie a été pratiquée au domicile de la victime. Le cadavre était étendu sur son lit; il avait été deshabillé. L'examen des téguments du cadavre ne permet pas de reconnaître des traces de lutte. Il existe seulement des excoriations récentes au niveau de la face

antérieure du genou gauche, vers la tuberosité antérieure du tibia. Pas d'excoriations des doigts, ni des mains. La blessure qui a entraîné la mort consiste en une large plaie siégeant au niveau du cuir chevelu et mesurant sept centimètres de longueur. Cette plaie est située au niveau de la région pariétale gauche à cinq centimètres au-dessus de l'oreille gauche et son milieu se trouve à six centimètres en avant de la ligne antérieure de l'oreille gauche. Cette plaie a son grand axe à peu près parallèle au plan médian du crâne. Elle intéresse la totalité de l'épaisseur du cuir chevelu et au pourtour on constate, du doigt et de l'oeil que le crâne est assez profondément enfoncé.

Quand on incise les téguments du crâne on voit que ceux-ci sont largement infiltrés par une suffusion sanguine qui s'étend de l'occiput jusqu'à la région frontale.

Les téguments étant rabattus en avant et en arrière on voit sur la surface de la calotte crânienne une zone d'enfoncement située exactement au dessous de la plaie décrite, et dirigée suivant la même orientation que celle-ci. La dépression osseuse a son grand axe presque parallèle à la ligne de suture médiane du crâne. Cependant cette ligne médiane de la plaie osseuse est un peu plus rapprochée du sommet du crâne vers son extrémité antérieure.

Quand on a scié la calotte crânienne d'un trait qui a passé un peu au dessous du siège de la plaie, on voit que vers l'intérieur du crâne il existe une dépression osseuse mesurant sept centimètres de longueur. Cette dépression est formée par l'effondrement de deux volets osseux qui se sont séparés sur la ligne médiane de la plaie — celle-ci marquant la ligne d'effondrement maximum. L'effondrement est plus marqué en avant

et en ce point il y a un dénivellement brusque de près de deux centimètres tandis que vers l'autre extrémité de la plaie le dénivellement est progressif. Au dessous de cet effondrement de la calotte crânienne il s'est formé un vaste épanchement sanguin siégeant entre la dure-mère et la face interne de la calotte crânienne. Cet épanchement sanguin est formé de caillots noirs. Le décollement de la dure-mère s'est étendu jusqu'à la ligne médiane d'une part, allant de l'autre jusque vers le commencement de la fosse cérébrale moyenne. Le poids des caillots collectés en cet endroit peut être éstimé à trois cents grammes au moins. De la plaie du crâne il n'est pas parti de traits de fissure se dirigeant soit vers la base, soit vers le sommet du crâne. Il s'agit d'un effondrement nettement localisé. Pas de lésions de la substance cérébrale; celle-ci a seulement été comprimée par l'épanchement sous-dure-mérien. Il y a lieu de remarquer que la zone de compression intéressait la région des circonvolutions pariétales inférieures, c'est à dire précisément celles qui président aux mouvements de la parole et à ceux de l'écriture.

Ces constatations peuvent avoir une certaine importance dans l'interprétation de l'attitude de la victime après qu'elle a été frappée. Toutes les autres constatations qui ont été fournies par l'autopsie n'ont aucune importance dans ce cas présent: c'est ainsi que le médecin expert avait constaté, en découvrant le cadavre, l'existence d'une longue cicatrice opératoire ancienne occupant la région épigastrique et témoignant d'une intervention chirurgicale pratiquée en ce point. L'ouverture de l'abdomen montre qu'il a été pratiqué anciennement une ablation de la vésicule biliaire. Pas d'autres lésions abdominales. L'ouverture du thorax montre qu'il existait depuis long-

temps des adhérences du poumon droit sur la plus grande partie de sa surface pleurale.

Pas d'autres lésions des organes thoraciques.

Cœur indemne.

Utilisant maintenant toutes ces données, nous allons analyser plus en détail ce cas particulier et indiquer son importance au point de vue médico-légal:

L'autopsie terminée, le médecin expert venait rendre compte de ses résultats au Juge d'Instruction chargé de l'affaire.

On avait remis à celui-ci le carnet dont nous avons parlé, et le juge interrogeait les témoins. Avec son interprète il avait employé plus d'une heure à tâcher de déchiffrer ce qui avait été écrit par la victime sur la page du carnet.

Mais ainsi que nous l'avons remarqué déjà, les mots quoique bien lisibles, corrects, d'un graphisme impeccable, n'offraient aucun sens. Le Juge d'Instruction avait naturellement présumé qu'il devait y trouver des renseignements très importants; la femme de la victime avait déclaré que son mari, au moment où il avait écrit, avait encore toute sa lucidité d'esprit. L'impossibilité absolue de comprendre le sens de ce graphisme avait empêché d'en déduire aucune orientation d'ordre pratique.

En réalité, on pouvait, après examen minutieux du carnet, et, rapprochant ce qui y figurait, des résultats de l'autopsie, reconnaître sans peine qu'il s'agissait d'un cas d'agraphie par compression progressif du cerveau gauche. Il ne pouvait en effet s'agir d'une apraxie, le malade ayant conservé la possibilité d'accomplir tous les mouvements comme en fait foi l'assurance avec laquelle il avait tracé ses lettres.

Les anomalies qui président à la combinaison des lettres et des syllabes justifient entièrement le diagnostic

posé. Dans le griffonnage du blessé, on constate l'intoxication par la lettre „g“ ou par les syllabes „gl“ et „Lau“. On y retrouve la paragraphie avec les mots déformés, tel que „Weischlagf“ dérivant évidemment de „Schlag“ — coup.

C'est bien une véritable jargonographie dont nous avons parlé avec détails dans le chapitre de l'aphasie et agraphie en général. Ayant posé le diagnostic d'agraphie par compression progressive du cerveau gauche, il ne restait plus à l'expert qu'à conseiller au Juge de renoncer à déchiffrer les mots incompréhensibles auxquels il avait, en pure perte, consacré un temps si long. Quelques notions sommaires sur l'agraphie étaient bien à leur place et l'expert ajoutait que, par un heureux hasard, les mots ainsi écrits ne contenaient aucun nom propre, car certains agraphiques étant intoxiqués par un mot, il aurait parfaitement pu se faire que le nom écrit par la victime ne fût nullement celui de son assasin.

Voici donc un cas-type dans lequel l'expert médical doit étendre ses recherches et son diagnostic bien au delà du graphisme simple des mots d'un écrit. Dans le cas présent les choses étaient suffisamment nettes, le diagnostic était posé d'emblée et toute confusion était impossible, mais des cas de cette sorte doivent à juste titre attirer l'attention sur la possibilité de cas plus complexes dans lesquels une agraphie moins accentuée pourrait passer inaperçue aux yeux d'un observateur non prévenu et qui, par conséquent, pourraient donner lieu, en justice criminelle, à des erreurs très fâcheuses et à conséquences très graves.

Ainsi donc, comme nous venons de l'exposer, l'agraphie peut jouer un rôle capital en médecine légale, en particulier en justice criminelle.

Rappelons d'ailleurs que l'agraphie est une question déjà connue par son importance en justice civile, à propos des testaments. Aux termes de l'article 901 du code civil français „il faut, pour faire une donation entre vifs, ou un testament, être sain d'esprit". — Malgré la très remarquable clarté de cette disposition, il arrive très souvent que le médecin légiste est appelé pour donner son avis sur tel cas particulier concernant la validité d'un testament.

Les aphasiques-agraphiques sont l'occasion de nombreuses difficultés d'expertise en ce qui concerne les testaments. Ils peuvent par exemple, lorsqu'ils sont atteints de cécité verbale, copier servilement les modèles manuscrits qu'on leur soumet sans qu'ils en puissent saisir le sens ni la portée. Il est donc possible d'obtenir d'eux par ce procédé, des documents manuscrits, tels que testaments, donations — le tout écrit de leur main, daté, signé.

D'autre part, le médecin légiste peut avoir occasion d'examiner un testament de paragraphique; or il s'agira d'un testament écrit par un homme considéré comme dément. Beaucoup de mots dans ces cas sont incomplets, d'autres sont remplacés par des mots dépourvus de sens. Un examen minutieux, dans des cas de ce genre permet parfois de deviner les intentions du testateur.

La compétence du médecin dans ces études spéciales, sa connaisance des modifications et de particularités étranges que la faculté du langage et de l'écriture peut présenter; les renseignements qu'une enquête minutieuse lui fournira, lui permettront comme médecin légiste, de dégager la vérité au travers des obscurités qui l'enveloppent. Il pourra démontrer que tel ou tel malade inhabile à écrire spontanément, sans le secours

de la dictée ou d'un modèle, comprenait cependant et appréciait à leur juste valeur la signification et la portée des caractères tracés par sa main; il pourra aussi démontrer que, dans beaucoup de cas de paragraphiques, il ne s'agit pas d'un fou, mais d'un malade qui néanmoins jouit de toute la plénitude de ses droits civils.

Nos indications bibliographiques seront simplement négatives: malgré toutes nos recherches, nous n'avons pas eu connaissance que jusqu'ici des cas de ce genre aient été publiés. Nos recherches bibliographiques dans l'excellente et riche bibliothèque universitaire de Strasbourg ne nous ont rien révélé qui se rapporte à cette question.

Cela nous prouve que les cas de cette sorte méritent bien d'être signalés au point de vu médico-légal. C'est donc bien un chapitre médico-légal très neuf qu'il nous a été donné d'écrire ici.

Conclusions générales

De l'ensemble de notre travail et de tous les faits dont nous avons fait mention, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes:

1° L'étude de l'agraphie, au point de vue médico-legal, offre toute l'importance des questions essentiellement pratiques.

2° Encore pleine de lacunes, cette étude demande de nouveaux travaux et le concours de récherches ultérieures.

3° L'agraphie n'est pas une maladie; elle n'est qu'un symptôme de l'aphasie.

4° Il y a dans l'agraphie des degrés et de nombreuses variétés dont il importe au médecin légiste de tenir compte.

5° Le concours et les lumières des hommes de l'art seront indispensables à la Justice, toutes les fois qu'elle aura à statuer sur des questions qu'auront soulevées ces étranges altérations de l'écriture.

6° Le médecin expert doit examiner avec soin, scrupuleusement chaque cas particulier pour déterminer s'il a affaire à un véritable agraphique, et à quelle catégorie celui-ci appartient.

C'est seulement après avoir mûrement examiné chaque cas qu'il doit prononcer ses décisions dont l'importance est tout à fait évidente.

Vu: Le Président de la thèse: P. CHAVIGNY

Vu; Le Doyen de la Faculté: G. WEISS

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg:
CHARLÉTY